一例应用中医适宜技术对老年重症胃肠功能障碍患者的护理报告

李学艳[1]、刘书华[1]、裴晓璐[2]

1. 首都医科大学附属北京中医医院 重症医学科；

2. 首都医科大学附属北京中医医院 护理部

【摘要】总结 1 例老年重症患者进行肠内营养支持时出现严重胃肠功能障碍，通过应用中医适宜技术及针对患者个性化管理改善患者胃肠功能障碍的护理体会。针对本例老年重症胃肠功能障碍患者实际情况制定护理措施：中医适宜技术（耳穴压丸、足三里穴位注射和艾灸）和鼻饲管路护理。经过 28 天的精心治疗与护理，本例老年重症胃肠功能障碍患者的肠内营养喂养量逐渐达到喂养方案，胃残余量监测逐渐趋于正常，未再发生腹胀、腹泻症状，白蛋白等监测指标趋于正常，AGI 急性胃肠损伤分级由入院时Ⅱ级到出院时 0 级，恢复效果较好。

【关键词】胃肠功能障碍，耳穴压丸，穴位注射，艾灸，护理

老年重症患者最常见的并发症之一是胃肠功能障碍，重患者胃肠运动功能障碍率高达 60%[1]。急性胃肠损伤分级（Acute Gastrointestinal Injury,AGI）[2]是 2012 年由欧洲危重症医学会（European Society of Intensive Care Medicine,ESICM）主要依据胃出血、胃潴留、腹泻、腹内高压、肠梗阻等症状及体征提出，以指导实施肠内营养及评估预后[3]。急性胃肠损伤患者胃肠道黏膜受损，易出现缺血缺氧情况，屏障功能损伤，一定程度上可加速脓毒症及其他综合征进程[4-5]。急性胃肠功能障碍在危重症患者中占据 27%至 54%[6]。由此，积极改善胃肠功能异常尤为重要[7]。目前临床上对于急性胃肠损伤主要集中在药物治疗方面，但药物存在副作用，可加重患者胃肠不耐受程度，我科于 2022 年 9 月收治 1 例一例老年重症胃肠功能障碍患者，患者 AGI 分级Ⅱ级，采用中医适宜技术及个性化护理措施 28 天后，患者胃肠功能障碍的症状缓解，患者 AGI 分级 0 级。现将治疗护理经验报告如：

1. 临床资料

患者，男性，79 岁，身高 178cm，体重 55kg,BMI17.4，患者 10 余日前家中摔倒，右髋部疼痛未行诊治予卧床休息。10 天前逐渐出现纳差，喉中痰鸣，痰

量较多，未重视。1 周前出现嗜睡，张口呼吸，喉中痰鸣，发热 38.3℃，就诊于我院急诊，BP104/61mmhg, SpO_2 80%，以“重症肺炎，脓毒症，脓毒症休克”，意识较前改善，发热咳痰喘较前有所缓解。1 日前出现喘症较前加重，血氧下降，喉中痰鸣，予无创呼吸机辅助通气，加用万古霉素 0.5g 抗感染，不除外急性肺栓塞，加用克赛 4000iu 抗凝，为进一步诊治收入我科。现症见：发热 T39.6℃，间断喘憋，咳嗽咳痰，痰量多色黄白质黏稠，嗜睡。治疗：抗感染美平 0.5gQ8h 联合阿奇霉素 0.5gQd，加用万古霉素 0.5gQ12h；文丘里面罩吸氧，FiO_2 35%；盐酸氨溴索注射液 30mg 静推稀释痰液；雾化以解痉、平喘、化痰雾化吸入治疗；克赛 4000iu 抗凝治疗；暂禁食，留置胃管，肠内营养液鼻饲，抑酸护胃，预防消化道出血洛赛克 40mg 静点。辨病为肺风痰喘，辨证为痰浊内蕴证，静点参麦注射液益气养阴，中药方剂治以宣肺化痰。

2.　护理

2.1　护理评估：ADL 日常生活量表评分 0 分，Braden 压疮风险评估量表 12 分，AGI 急性胃肠损伤分级Ⅱ级，NRS2002 营养风险 3 分，肠鸣音弱 2 次/分。

2.2　护理过程：入院后鼻饲短肽的百普力营养液 20ml/小时，耳穴压丸调整脾肾功能，入院第 3 天百普力逐渐调至 40ml/h，大便次数日 5 次，喂养不耐受。第 5 天调整喂养方案百普力换成瑞能 50ml/h，第 7 天 3 天无大便，日间胃液量增加 250ml/d，腹胀，血钾 3.3mmol/L。第 9 天营养液速度调整，补钾，双足三里穴位注射新斯的明，日间胃液量减少，大便次数及量正常。第 12 天夜间胃液增加，会暂停营养液鼻饲，后继续输注未减鼻饲速度。第 14 天日胃液量多，大便次数多，血钾 3.2mmol/L，除补钾，穴位注射外增加中脘、神阙、气海穴艾灸治疗。第 18 天日胃液量及大便次数及量均减少，但 20 点及 2 点胃液量 150ml 左右，枸橼酸莫沙必利片 5mg 管饲 Tid。第 21 天日胃液量减少，20 点及 2 点胃液仍在 100 至 150ml 左右，与主管医生协商调整枸橼酸莫沙必利片 5mg 管饲末次管饲时间。第 28 天患者胃液量及大便次数及量趋于正常，白蛋白由入院时 23.6g/L 升至 35.8g/L。

2.3　护理措施

2.3.1　多种中医适宜技术联合应用。《黄帝内经》记载：“有胃气则生，无胃气则死”，中医学认为肾为先天之本，脾为后天之本，胃肠道疾患尤其是慢性胃

肠病以虚证较为多见。中医适宜技术操作简便、疗效显著、安全性高、费用低廉、副作用少，易于接受的特点。针对本例患者特点采取艾灸治疗；足三里穴位注射；耳穴贴丸。艾灸选取的穴位为中脘、神阙、气海，施灸后均具有调理脾胃、温阳止泻等作用，其中神阙穴位于脐中，生命之根蒂与十二经脉相连，和五脏六腑相通调治疾病的主要气穴，具有温通元气、运肠胃气机、化寒湿积滞之功神阙穴与消化器官位置邻近，艾灸能激发各经络，经气，气血流通而循行于五脏六腑、四肢百骸、五官九窍，发挥治疗作用。通过温热刺激推动气血在血液中运行，使阳气得温，继而布散全身，达到温补脏腑的作用。同时辅以足三里穴位注射加强胃肠道蠕动改善危重症患者胃肠功能障碍，对穴位的刺激利用药物的靶向作用缩短见效所需时间药物药理作用与穴位治疗功效相结合[8]；联合耳穴压丸既可通过多个系统，如内分泌、自主神经、丘脑等发挥调节作用，也可通过丘脑-垂体系统发挥调节作用，进一步刺激机体非特异性防御反应，改善免疫功能，促进机体恢复，选取具有清肺、化痰、通腑作用的穴位肺、大肠、心穴位，并配合按压神门安神镇静、缓解焦虑、止痛的作用。给予上述中医适宜技术后，日间胃液量减少，大便次数及量正常。

2.3.2 鼻饲管路护理。做好肠内营养制剂的浓度、速度、温度及患者卧床时体位角度的管理；床头 30～45°，防呕吐反流误吸，使用肠内营养专用泵，评估合适的营养制剂，促胃肠动力药早期康复。护士在护理过程中仔细观察，发现夜间尤其是凌晨 2 点胃残余量在 150ml 左右，通过与患者主管医生沟通后调整胃肠动力药晚上喂药时间由 16 点推迟到 22 点后，夜间 2 点胃液明显减少。

2.4 结局与转归。经过采取中医适宜技术及个性化护理措施后，胃肠功能障碍症状改善 AGI 转为 0 级，患者肠内营养喂养达到目标量，白蛋白由入院时 23.6g/L 升至 35.8g/L。

3. 小结

肠内营养因其在促进肠道蠕动、维持肠道屏障功能、调节肠道微生态、改善重症患者机体营养状况及降低感染性并发症等方面的优势，是住院重症患者营养支持治疗的首选途径之一[9-10]。然而，肠内营养实施过程中 33.0%～65.7%的患者会出现喂养不耐受可阻碍肠内营养的实施，延迟重症患者达成目标喂养量，造成患者摄入不足，延长 ICU 住院时间及机械通气时间，增加医疗费用，不利于患者

预后，严重者甚至导致死亡。胃肠黏膜缺血再灌注，对胃肠功能存在很大影响，常表现为胃潴留、腹内高压等。临床常通过 AGI 分级反映患者病情和预后情况。现认为胃肠功能受损发生原因与患者年龄、心态、疾病本身及手术创伤等有关，导致正气消耗、气血两亏，由此，中医学者一般认为胃肠功能受损表现为阴阳两虚或气血亏虚，所有的生命活动都有赖于后天脾胃摄入的营养物质，脾主运化，脾运化水谷精微功能旺盛，则机体消化吸收功能才能健全，才能为化生精、气、血、津液提供足够原料，濡润脏腑、经络、四肢百骸、筋肉、皮毛等组织。全量性喂养能够保证机体热量供给，促进患者加速康复。护理人员通过直接评估反映胃肠功能的指标如肠鸣音、胃潴留、便秘以及腹泻等胃肠道症状或体征，并进行分级评定，有益于精准实施防治措施。护理人员及时有效观察及沟通，动态观察记录患者胃液情况，并与医生及时沟通后调整治疗方案，体现护士对患者病情观察、分析能力，提高护士职业自豪感与幸福感，从而促进护理事业发展。

【参考文献】

[1] 亚洲急危重症协会中国腹腔重症协作组.重症病人胃肠功能障碍肠内营养专家共识(2021 版)[J].中华消化外科杂志,2021,11:1123-1136.

[2] 马晓春.欧洲危重病学会(2012)急性胃肠损伤共识解读[J].临床外科杂志,2013,21(03):159-161.

[3] Reintam B A, Malbrain M L, Starkopf J, et al. Gastrointestinal function in intensive care patients: terminology, definitions and management.Recommendations of the ESICM Working Group on Abdominal Problems[J]. Intensive Care Med,2012,38(03):384-394.

[4] Kumar P,Wang P,Tudor G,et al.Evaluation of plasma biomarker utility for the gastrointestinal acute radiation syndrome in non-human primates after partial body irradiation with minimal bone marrow sparing through correlation with tissue and histological analyses[J].Health Phys,2020,119(5):594-603.

[5] Velazquez N,Fantus R J,Fantus R J,et al.Blunt trauma pelvic fracture-associated genitourinary and concomitant lower gastrointestinal injury: Incidence,morbidity,and mortality[J].World J Urol,2020,38(1):231-238.

[6] Huang W,Yu J,Liu T,et al.Proteomic evaluation of the natural history of the acute radiation syndrome of the gastrointestinal tract in a non-human primate model of partial-body irradiation with minimal bone marrow sparing includes dysregulation of the retinoid pathway[J]. Health Phys,2020,119(5):604-620.

[7] Fu W,Hu Z,Zhou X,et al.Establishment and evaluation of a prediction model for acute gastrointestinal injury in patients with prolonged disorder of consciousness[J].BMC Gastroenterol,2022,22(1):440.

[8] 周元，徐鹏.穴位注射联合半夏泻心汤治疗胃肠功能紊乱 96 例［J］. 中医临床研究，2016，8（29）：84-86.

[9]]WANG K,MCILROY K,PLANKLD,et al.Prevalence,outcomes,and management of enteral tube feeding intolerance:a retrospective cohort study in a tertiary center[J].Journal of Parenteral and Enteral Nutrition,2017,41(6):959-967.

[10] GUNGABISSOON U,HACQUOIL K,BAINS C,et al.Prevalence,risk factors,clinical consequences,and treatment of enteral feed intolerance during critical illness[J].Journal of Parenteral and Enteral Nutrition,2015,39(4):441-448.